

Problemet med en speciell egenandel för läkemedel är att patienten också har utgifter för läkarbesök, sjukvårdande behandlingar och resor. Det ligger därför nära till hands att förespråka ett högkostnadsskydd som gäller all vårdkonsumtion. I princip är det ingen skillnad att inkludera även annan vårdkonsumtion, t. ex. diagnostiska undersökningar, i högkostnadsskyddet. För att detta skall fungera fordras dock att även övriga sjukvårdstjänster som ingår i högkostnadsskyddet prissätts på ett adekvat sätt. Det är också administrativt komplicerat och svåröverskådligt att inkludera annan vårdkonsumtion i ett högkostnadsskydd. Vi menar därför att högkostnadsskyddet endast bör avse läkemedel.

Ett högkostnadsskydd för läkemedel kombinerat med en ökad egenbetalning skulle naturligtvis av många människor upplevas som en försämring av de sociala förmånerna. Det är dock lätt att i förväg uppskatta hur mycket sjukvårdskostnaderna maximalt skulle kunna uppgå till för en enskild person. Det ger därför incitament till att öka sparandet för att kunna möta denna typ av oförutsedda händelser. För de som så önskar finns möjligheten att komplettera det offentliga skyddet med privata försäkringar. Premierna för en sådan försäkring skulle uppgå till några hundralappar i månaden. Det kan dock ifrågasättas om det är nödvändigt att försäkra sig mot en maximal utgift på exempelvis 1 000 kr. Det är mindre än vad som utgör självrisken i hem- och fordonsförsäkringar som de flesta medborgare redan har. De försäkringar mot självrisker som trots detta finns, exempelvis i Danmark, får snarare ses som ett sätt att periodisera betalningarna för sjukvård/läkemedel.

Detta kan tyckas vara ett omständligt sätt att åstadkomma i princip samma skydd som en socialförsäkring utan egenandel skulle ge. Det är dock en väsentlig skillnad att individerna själva tvingas avgöra omfattningen av sitt försäkringsskydd och att försäkringsbolagen får incitament att hålla nere administrationskostnaderna och kontrollera utnyttjandet av försäkringen.

En nackdel med ökade egenbetalningar är att det snedvrider avvägningen mellan öppen och sluten vård. Det kan bli lönsamt för den enskilde patienten att bli inlagd på sjukhus och behandlad där i stället för att behandlas i öppen vård. Huruvida detta är ett betydande problem är omöjligt att säga.⁷⁰

⁷⁰ En lösning på detta problem skulle vara att inkludera den slutna vården i egenandelen. Om detta är praktiskt är dock tveksamt.

Dessa nackdelar måste vägas mot ett stort antal fördelar. En egenandel (själv-risk) på 1 000 kr. under ett år innebär att 85% av befolkningen kommer att klara sig utan subventionering. De flesta kommer att betala fulla priset för läkemedel och kommer därför att vara observanta på priserna. Effektiviteten i läkemedelsutnyttjandet kommer därför att öka. Intresset för mindre förpackningar blir större och därmed minskar mängden oanvända läkemedel. Storleken på denna allokeringstvinst låter sig inte exakt beräknas, men ca 5-10% av de totala läkemedelskostnaderna torde vara en realistisk uppskattning.

Det innebär också en väsentlig reduktion av subventioneringsnivån, i storleksordningen 200-1 450 milj. kr. Detta lättar på den offentliga finansieringsbördan och därmed allokeringstvinsten i skatteuttaget. Vi betalar våra egna i stället för varandras läkemedelskostnader, samtidigt som högkonsumenter skyddas. Detta är den i särklass största samhällsekonomiska vinsten.

Genom att subventioneringen koncentreras till en mindre grupp högkonsumenter blir det lättare att följa upp läkemedelskonsumtionen i denna grupp. Ett högkostnadsskydd av denna typ ger goda möjligheter att följa upp effektiviteten i läkemedelsanvändningen, genom att vi automatiskt får tillgång till individdata över tiden.

En försäkringslösning ger möjligheter för patienten att själv medverka i läkemedelsvalet och göra sina preferenser kända. Det är den princip som har det största inslaget av individuell valfrihet. Det är också en princip som är väl förenlig med den nuvarande marknadsmodell som vi har på läkemedelsmarknaden. Den utesluter naturligtvis inte heller individuellt stöd till de individer som kan ha svårigheter att betala även låga egenavgifter. Dessa torde dock vara i behov av även andra finansiella bidrag, vilket gör att denna utformning av försäkringen inte ändrar några grundläggande principer i fördelningspolitiken.

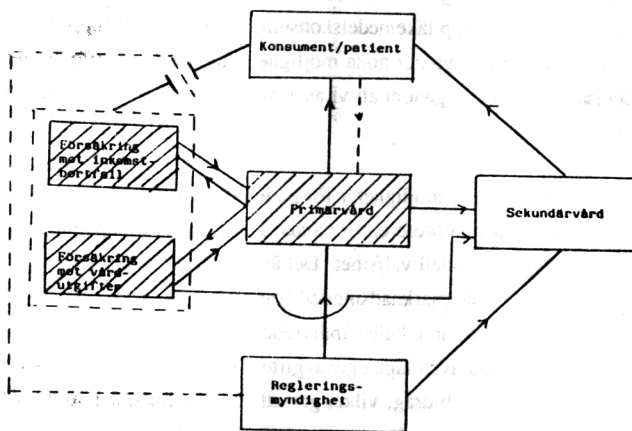
6.3 Budgetprincipen - läkemedel som insatsfaktor

Besluten om vilka läkemedel som skall förskrivas fattas av läkarna i den öppna sjukvården såväl vid våra vårdcentraler som vid sjukhusens öppna mottagningar. Även om läkaren agerar som agent för patienten är det läkarens kunskap om såväl patientens sjukdom som vilka läkemedel som är lämpliga, som är avgörande

för beslutet. När det gäller mottagningens övriga resurser finns en budget inom vilken verksamheten måste hålla sig. Detta gäller dock inte läkemedlen, som finansieras via en separat budget. Ett sätt att öka kostnadsmedvetenheten i läkemedelsvalet är att göra läkemedel till en insatsfaktor i vården, dvs. att finansiera läkemedelskonsumtionen via vårdcentralens eller mottagningens budget. Då tvingas läkarna att göra en avvägning mellan att spendera resurserna på läkemedel eller att lägga dem på personal, diagnostik och andra insatser som fordras för vården.

Principen med läkemedel som insatsfaktor liknar mycket de s. k. hälsovårdsorganisationerna (HMO) som har växt fram i USA, framför allt under 1980-talet. Principen för en sådan organisation visas i fig. 6.1.

Figur 6.1: Exempel på organisationsstruktur vid en HMO.



En HMO garanterar den som är ansluten sjukvård till ett fast pris. Garantin innefattar såväl öppen som sluten vård. Som framgår av figuren skulle det också vara möjligt att koppla transfereringarna för sjukskrivning m. m. till en sådan organisationsform. Erfarenheterna från USA visar att denna organisationsform dels utnyttjar mindre sluten vård än traditionell "fee for service", dels att man är

mycket kostnadsmedveten när det gäller läkemedelsinköpen. Det senare visar sig bl. a. i ett högt utnyttjande av generiska läkemedel.

Även om det råder delade meningar om hur HMO:s påverkar kostnader och vårdeffektivitet är det klart att de vinster som görs sker på bekostnad av inskränkningar i patientens valfrihet. Patienterna måste välja de läkare och vårdinrättningar som organisationen anvisar. Däremot finns det möjlighet att byta HMO om man inte är nöjd med vård och kostnader.

Vi vet inget om hur denna organisationsform skulle fungera i svensk sjukvård. Det mest realistiska på kort sikt i Sverige är att införa denna organisationsform på regional basis med obligatoriskt medlemsskap. Den s. k. "dalamodellen" är ett exempel. Vi kan inte förutsätta att den skulle fungera på samma sätt som HMO:s i USA. I svensk sjukvård finns redan starka begränsningar i valet av läkare och sjukhus. I den meningen skulle ett införande av HMO:s inte innebära någon försämring för konsumenterna, snarare tvärtom.

Rent praktiskt är det inga svårigheter att fördela subventioneringen för läkemedelskonsumtionen till de olika landstingen. Detta kan ske enligt speciella kriterier eller inbakas i det nuvarande skatteutjämningssystemet. Apoteksbolaget debiterar sedan landstingen de faktiska läkemedelskostnaderna. Sådana debiteringar sker redan för den slutna vården. Det blir sedan de enskilda landstingens sak att bestämma vilka avgifter som skall tas ut från patienten. Det enklaste systemet blir att ha en egenavgift kopplad till läkarbesöket, där egenavgiften är oberoende av mängden förskrivna läkemedel. I debatten har föreslagits en egenavgift på 300 kr. per läkarbesök. Detta motsvarar ungefär hälften av den genomsnittliga kostnaden. En ökad egenavgift för läkarbesök skulle minska antalet besök och därmed också antalet förskrivningar. Till detta kommer de besparingar som skulle erhållas genom att läkarna blir mer kostnadsmedvetna när läkemedlen är en insatsfaktor som alla andra i verksamheten.

Det finns naturligtvis en risk att trycket skulle bli hårt på läkaren att skriva ut läkemedel om inte patienten får betala en speciell avgift för detta. Det är möjligt att kombinera detta system med en egenavgift för läkemedelskostnaderna, men frågan är om detta är nödvändigt och önskvärt. Det kan vara bra att patienten